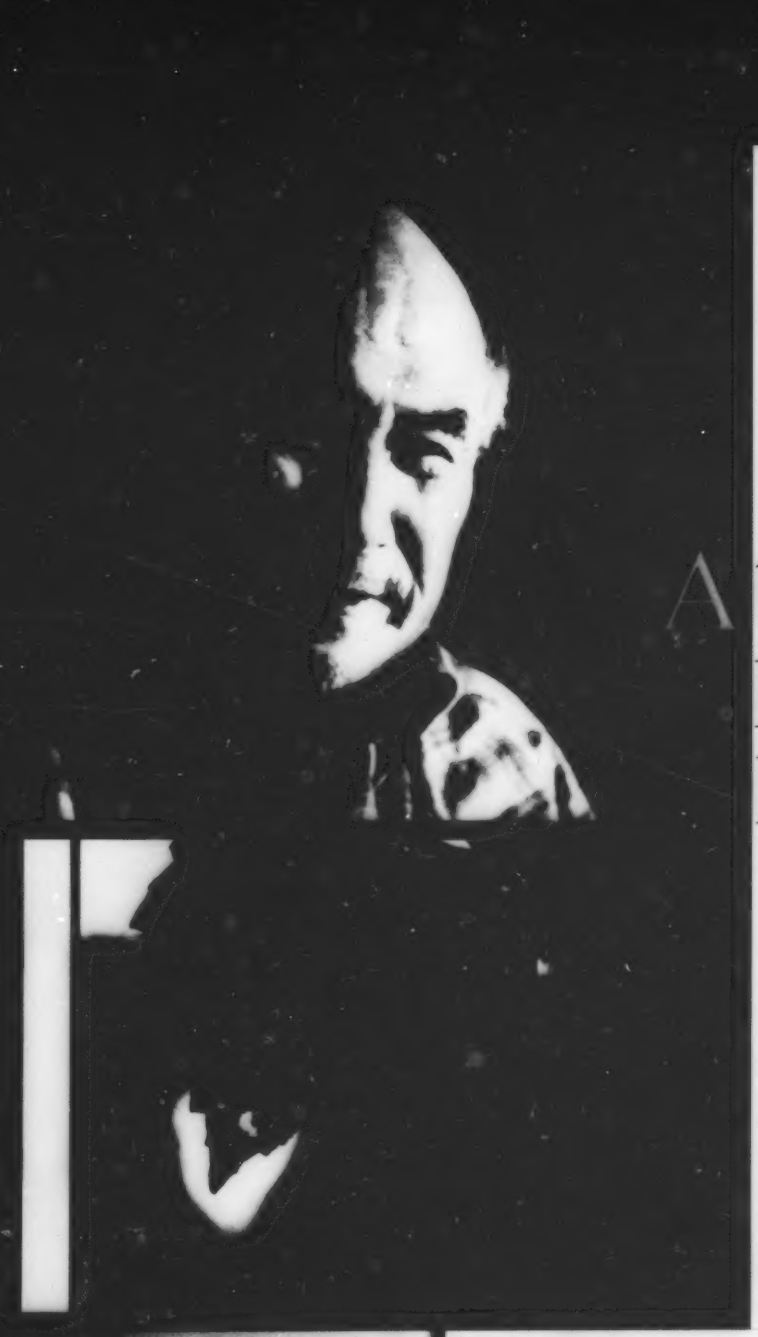


Aboriginal Diabetes Initiative

First Nations On-reserve and Inuit in Inuit Communities

Program Framework
July 5, 2000

Health Canada Santé Canada

Canada

Aboriginal Diabetes Initiative

First Nations On-reserve and Inuit in Inuit Communities

Program Framework
July 5, 2000

Table of Contents

1 INTRODUCTION ..... page 1

2 TARGET POPULATION ..... page 2

3 PROGRAM PURPOSE ..... page 2

4 PROGRAM OBJECTIVES ..... page 2

5 PROGRAM ELEMENTS ..... page 3

6 PROGRAM DELIVERY MODEL ..... page 5

7 PROGRAM FUNDING ..... page 8

7.1 Funding formula

7.2 Elements that will not be funded

8 PROGRAM CRITERIA AND IMPLEMENTATION ..... page 9

8.1 Program criteria

8.2 Program implementation

9 MONITORING AND EVALUATION ..... page 12

ISBN
H35-4/1-2000E
0-662-29374-6

102-01599/

ABORIGINAL DIABETES INITIATIVE

1

Aboriginal Diabetes Initiative

First Nations On-reserve and Inuit in Inuit Communities

Program Framework
July 5, 2000

Introduction

The Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) is one of four main components of the Canadian Diabetes Strategy (CDS) announced by the Government of Canada in 1999. The ADI has been allocated $58 million over five years to assist in meeting the needs of Aboriginal people dealing with the epidemic of type 2 diabetes in their communities.

The ADI program for First Nations living on-reserve and Inuit in Inuit communities will provide a range of diabetes care and treatment, diabetes prevention and health promotion, and lifestyle support services that are community-based, culturally appropriate, holistic in nature, and more accessible. The program will respond to the unique health and social needs of First Nations people living on-reserve and Inuit in their communities, and will take into account traditional practices and methods, wherever possible.

First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) regions will be responsible for establishing regional ADI work plans, in a collaborative process with First Nations and Inuit partners.
FNIHB is divided into the following regions:

- Pacific (British Columbia)
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Quebec
- Atlantic (Newfoundland, New Brunswick, Nova Scotia, Prince Edward Island)
- Northern Secretariat (Yukon Territory, Northwest Territory, Nunavut)

A second component of the ADI program will deliver diabetes primary prevention and health promotion programs to Métis, off-reserve Aboriginal people, and urban Inuit. It will be delivered on a national basis, and is described in a separate framework document.

2 Target Population

The target populations for this program are:

2.1 First Nations[1] and Inuit of any age; and

2.2 Those who live on a First Nations reserve, or in an Inuit community, or in a First Nations community in the territories.

3 Program Purpose

The First Nations on-reserve and Inuit in Inuit communities program of the ADI is intended to create diabetes care and treatment, prevention and promotion, and lifestyle support services for First Nations living on-reserve or in communities in the territories, and Inuit living in their communities.

Type 2 diabetes is at epidemic levels among First Nations people, and this program will begin to address the problem. The program intends to create awareness of diabetes and its risk factors, look at viable community-based care and treatment services, link to other health care programs running in communities (such as First Nations and Inuit Home and Community Care) and establish lifestyle support services.

The level of diabetes among the Inuit is not as severe as it is in First Nations communities, making it an opportune time to create diabetes prevention and awareness programs. The Inuit have indicated that their priority will be on diabetes prevention and health promotion.

1 Innu are included in this definition

4 Program Objectives

The ADI program for First Nations on-reserve and Inuit in Inuit communities will begin to address the high rates of diabetes and its complications, and provide First Nations and Inuit communities with opportunities to design, develop, and participate in projects to address diabetes within their communities.

Specific program objectives are to:

4.1 Raise awareness of diabetes, its risk factors, and the value of healthy lifestyle practices;

4.2 Support the development of a culturally appropriate approach to care and treatment, diabetes prevention and health promotion programs, and lifestyle support programs;

4.3 Build capacity, linkages and infrastructure for all components of the ADI in First Nation and Inuit communities;

4.4 Promote self-management;

4.5 Coordinate with other community-based programming, specifically the First Nations and Inuit Home and Community Care program.

5 Program Elements

There are three essential elements of the First Nations on-reserve and Inuit in Inuit communities program:

- Care and Treatment
- Prevention and Promotion
- Lifestyle Supports

These elements will be based on the following principles and approaches:

- community-based to build/strengthen capacity within the community;
- establish self-management as a key goal of diabetes treatment;
- culturally specific and relevant;
- respect traditional wisdom, knowledge, healing methods and approaches;
- incorporate a systematic approach to the management of diabetes.

Care and Treatment services will begin to address the needs of First Nations and Inuit people already diagnosed with diabetes by providing them with direct services to help monitor their diabetes status, screen for and prevent further complications from developing, and provide diabetes education to clients to encourage self-management. Creative ways to remove service barriers should be examined and linkages with the First Nations and Inuit Home and Community Care program will be established to help ensure that the fullest continuum of care services may be realized.

Prevention and Health Promotion activities should target the entire population, to increase awareness of diabetes and its complications, create awareness of the benefits of healthy eating, active living, and encourage the integration of traditional methods and practices with western-based approaches. Diabetes prevention and health promotion activities that focus on the need to educate youth will decrease the likelihood of the next generation suffering from diabetes.

Lifestyle Support Services should provide support to people living with diabetes and their families/care providers, in coping with the consequences of having a chronic, potentially debilitating/life threatening disease. Lifestyle supports may enhance community capacity to provide holistic approaches to the realities of living with diabetes. Activities may include peer support groups, sharing circles, drop-in programs for people with diabetes and their family members, or youth programs. These activities may provide an opportunity to share feelings, and discuss issues, problems and solutions.

The distribution of projects between the three elements will be related to the identified needs in each region, but all three elements must be addressed, either in separate projects, or as integrated parts of an overall project. Examples of projects or activities that may be established could include, but are not limited to those that:

- increase awareness of diabetes as a serious health risk;
- increase awareness of the signs and symptoms of diabetes and its complications;
- increase awareness of the importance of healthy lifestyles (such as healthy eating, weight management, physical activity);
- reduce the complications of diabetes;
- include the family and community as part of the program.

6 Program Delivery Model

In response to the consultation feedback, information sharing, and planning sessions with First Nations and Inuit in regions, **the program delivery model chosen for this component of the ADI is that of Targeted Strategic Investments.** Within the context of this ADI program, Targeted Strategic Investments will refer to regional 'blueprints' that include a variety of activities supporting the identified priorities within each region.

This approach has been selected based on the feedback received from First Nations and Inuit in regional discussions which recognized that the ADI funding is insufficient to support universal programming to all communities. Therefore, regions will be collaborating with First Nations and Inuit to ensure that projects and activities are shared between communities wherever possible, and that every community has access to at least one of the three elements of this ADI program.

To promote innovation and allow for program flexibility, each region will, in collaboration with its First Nation and Inuit partners, determine the most appropriate approach for establishing the program in that region. This includes targeted investments (such as shared diabetes workers among several communities, or a joint project with the province to set up a diabetes centre of excellence) and may include solicited proposals based on regionally defined priorities.

Communities are encouraged to think of ways to partner to share resources, develop the most cost effective program possible, and take advantage of linkages to the First Nations and Inuit Home and Community Care program for care and treatments activities.

In all cases, projects must be culturally appropriate, holistic in nature, and designed and delivered either by, or in partnership with, First Nations and/or Inuit. The program will recognize and address the unique health and social needs of First Nations people living on-reserve and Inuit in their communities, and will take into account traditional practices and methods, wherever possible.

Care and treatment programs should be delivered by trained diabetes care workers and integrated with the First Nations and Inuit Home and Community Care program wherever possible. The creation of linkages and partnering in programming (i.e. shared diabetes workers) is encouraged to make the most effective use of resources. Programs must be based on needs identified by the community or in combination with other communities/Tribal Councils/Inuit regions.

Diabetes prevention and health promotion programs may take a number of formats, depending on the needs of the communities. Programs that focus on education and primary prevention for youth in communities may be a priority; a theme highlighted often during the consultation process.

Issues of sustainability and capacity building must be addressed at the outset of the program. Rigorous evaluation frameworks will be required for all projects to ensure accountability of the program.

Diabetes programs may include separate activities for care and treatment, diabetes prevention and health promotion or lifestyle support, or be integrated, depending on the needs of the communities.
For example, a diabetes educator usually delivers diabetes prevention and health promotion information along with care and treatment, and often offers support to the family as well. Examples of diabetes programs that could be delivered through this initiative may include but are not limited to:

- community, Tribal Council or regional level trained/certified diabetes workers/educators;
- Centres of Excellence that partner with provincial programs to deliver a full continuum of diabetes care services;
- school-based education programs;
- nutritional counseling programs;
- diabetes awareness programs;
- development of active living health promotion programs;
- screening programs;
- diabetes care clinics;
- diabetes support services.

7 Program Funding

Program funding for First Nations on-reserve and Inuit in Inuit communities care and treatment, diabetes prevention and health promotion and lifestyle support services will flow through the First Nations and Inuit Health Branch agreements as outlined in the: Contribution for National Indian and Inuit Time Limited Special Initiatives.

Given the amount of funding available to the ADI over the five years of the strategy, and the breakdown per year ($2 M, $11 M, $15 M, $15 M, $15 M), it is clear that **the program does not permit each First Nation or Inuit community in a region to receive a base amount of funding.**

7.1 Funding formula

Based on feedback from the consultations and regional implementation planning sessions, the factors considered in the funding formula to allocate resources out to regions were:

- First Nations on-reserve and Inuit population;
- remoteness of communities; and
- capacity within the community/region to deliver services.

The number of people with diabetes in a community/region was also considered as a factor in funding, but due to the current lack of accurate data, it was not possible to factor in this element during these first few years of ADI programming.

Although most of the funding will be regionally allocated for programs, a small portion of funding will be retained at the national level for projects such as a national Aboriginal diabetes resource centre.

7.2 Elements that will not be funded:

The ADI will not:

- provide any major capital or construction funding;
- fund research projects;
- provide services that fall under provincial/territorial jurisdiction, such as dialysis;
- fund operational activities not directly related to the ADI projects;
- duplicate services provided through the First Nations and Inuit Home and Community Care program.

8 Program Criteria and Implementation

8.1 Program criteria

As there are limited resources for the ADI program, each community in a region will not be able to run a full complement of care and treatment, prevention and promotion and lifestyle support services.

Partnerships with other communities, or partnerships at a regional or Tribal Council level will be necessary to maximize program effectiveness.

Each ADI program activity will be required to submit a plan to an established regional review process for approval. The plan must meet the following criteria:

8.1.1 Identification of what diabetes services will be provided as a result of the program, the target population, and how the activities tie into the goals and objectives of the ADI;

8.1.2 Identification of how the program will be established, including any support services that will be required from the region;

8.1.3 Identification of how this program will help to build capacity within the community;

8.1.4 Identification of existing diabetes or home care programs operating in the community, and how the proposed program will link to those existing programs;

8.1.5 Identification of all linkages relevant to the ADI between and within communities, with Tribal Councils, other Inuit regions, provincial/territorial organizations, non-governmental organizations, and provinces/territories;

8.1.6 Identification of all the activities and related costs associated with the program;

8.1.7 Description of how the community is involved in the design, planning, operation and evaluation of the program;

8.1.8 Identification of how the information on the program activities will be disseminated back to communities;

8.1.9 Identification of the ongoing training and human resource development activities;

8.1.10 Identification of how the program will be evaluated and reported on, in accordance with the ADI evaluation framework (Fall 2000).

Each FNIHB region will determine, in collaboration with First Nations and Inuit, the exact approach to accessing funding. However, for the First Nations and Inuit component of the ADI, funding is limited to:

- First Nations on-reserve or Inuit Communities' health authorities or Band Councils, Tribal Councils, Provincial/Territorial Organisations, First Nation or Inuit Associations;
- Other First Nation or Inuit organisations deemed eligible under the terms and conditions of the above-mentioned agreements; (see section 7)
- Governments of the Territories, provided that funding is targeted to First Nations and Inuit in these Territories, and that First Nations and Inuit have demonstrated involvement, partnership and support in the development of diabetes programs in their communities;
- Other organizations provided that they have the demonstrated support of First Nations or Inuit to deliver the ADI program.

8.2 Program Implementation

The ADI First Nations on-reserve and Inuit in Inuit communities program will be composed of projects designed by communities, or organisations on behalf of communities. Each First Nation or Inuit organisation wishing to develop and implement a diabetes program is required to submit a program plan. The plan must:

- describe how they will deliver one or all of the essential elements of the ADI (see section 5);
- describe how program criteria (see 8.1) will be met.

All plans will be reviewed by a collaborative regional review process (some regions may already have established processes in place; others will need to establish processes) to ensure that program plans are complete, eligible , and adhere to the program criteria as outlined in section 4.

This regional review process will also ensure that available ADI resources are distributed equitably, and that all communities have access to some ADI activities.

Once the regional review is completed, the Regional Director will approve the plan or ask for revisions prior to approval.

Regions will be required to demonstrate how they are working with First Nations and Inuit and what collaborative processes they are using (i.e. either existing or new groups established for this program). Regions must submit a plan to FNIHB headquarters, demonstrating clearly how they will implement the program in their region.

9 Program Monitoring and Evaluation

The accountability framework for the Canadian Diabetes Strategy will form the basis of the evaluation framework for the ADI programs. Interim reports will be prepared and presented by the Minister of Health to Cabinet in 2003. Formal evaluation will take place during the fifth year of the ADI (2004), which will permit the department to return to Cabinet with a report on the successes, gaps and future needs with respect to diabetes.

As a requirement for funding under the ADI, any program or project must contain an evaluation component and will clearly outline:

9.1 the principles and objectives of the evaluation in relation to the program goals, objectives and key results:

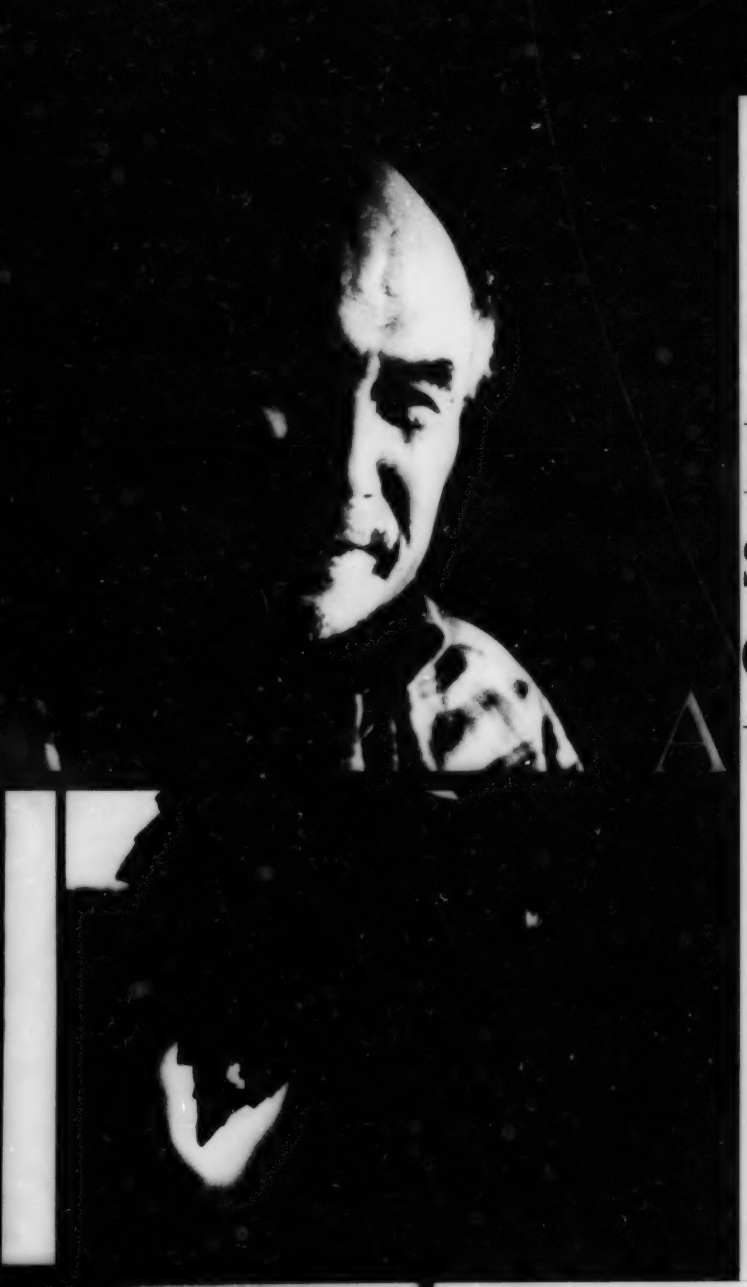
9.2 the roles and responsibilities for program evaluation at the community/program, regional and national levels;

9.3 the evaluation methodology that will be used;

9.4 the detailed questions and indicators to be used in annual local and regional evaluations and in the final evaluation of the ADI;

9.5 reporting and approval mechanisms for evaluation reports.

A final detailed report will be submitted to Treasury Board at the conclusion of the ADI (2004), reporting on whether and how the program met its identified objectives, and accounting for all ADI funding.



Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivitiés inuites

Programme-cadre
le 5 juillet 2000

Santé Canada Health Canada

Canada

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivitiés inuites

Programme-cadre
le 5 juillet 2000

Table des matières

1 INTRODUCTION ..... page 1

2 POPULATION CIBLE ..... page 2

3 OBJET DU PROGRAMME ..... page 3

4 OBJECTIFS DU PROGRAMME ..... page 3

5 ÉLÉMENTS DU PROGRAMME ..... page 3

6 MODÈLE D'EXÉCUTION DU PROGRAMME ..... page 5

7 FINANCEMENT DU PROGRAMME ..... page 8

7.1 Formule de financement

7.2 Éléments qui ne seront pas financés

8 CRITÈRES ET MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME ..... page 10

8.1 Critères du programme

8.2 Mise en œuvre du programme

9 SURVEILLANCE ET ÉVALUATION DU PROGRAMME ..... page 13

ISBN
H35-4/1-2000F
0-662-85055-6

1 Introduction

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) est l'une des quatre composantes de la Stratégie canadienne sur le diabète annoncée par le gouvernement du Canada en 1999. L'IDA a obtenu 58 millions de dollars sur cinq ans pour aider les Autochtones à faire face à l'épidémie de diabète type 2 dans leurs collectivités.

Le programme de l'IDA pour les membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites offrira des soins et des traitements aux diabétiques, des services de promotion de la santé et de prévention du diabète, et des services de soutien pour un meilleur mode de vie. Ces services seront fondés sur la collectivité, adaptés à la culture, de nature holistique et plus accessibles. Le programme répondra aux besoins uniques, en matière de santé et de services sociaux, des membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans leurs collectivités et tiendra compte des pratiques et méthodes traditionnelles, lorsque c'est possible.

Les régions de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) se chargeront d'établir des plans de travail régionaux de l'IDA, en collaboration avec des partenaires des Premières nations et des Inuits. La DGSPNI est composée des régions suivantes :

- Pacifique (Colombie-Britannique)
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Québec
- Atlantique (Terre-Neuve, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard)
- Secrétariat du Nord (Yukon, Territoires du Nord-Ouest, Nunavut)

Une autre composante du programme de l'IDA offrira des services de promotion de la santé et de prévention primaire du diabète aux Métis, aux Autochtones hors réserve et aux Inuits en milieu urbain. Ce programme d'envergure nationale est décrit dans un document cadre distinct.

2 Population cible

Le programme vise les populations suivantes :

2.1 les membres des Premières nations[1] et les Inuits de tous âges; et

2.2 ceux qui habitent dans une réserve des Premières nations ou une collectivité inuite, ou encore dans une collectivité des Premières nations dans les territoires.

3 Objet du programme

La partie de l'IDA à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivités inuites vise à offrir des soins et traitements aux diabétiques, des services de prévention et de promotion, et des services de soutien pour un meilleur mode de vie aux membres des Premières nations dans les réserves et dans les collectivités des territoires ainsi qu'aux Inuits habitant dans leurs collectivités.

Le programme vise à faire face au problème du diabète qui est devenu une épidémie chez les membres des Premières nations. On cherche à sensibiliser les gens à l'égard du diabète et de ses facteurs de risque, à instaurer des services de soins et de traitement communautaires durables, à établir des liens entre ces services et d'autres soins de santé au sein des collectivités (comme le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits) et à établir des services de soutien pour un meilleur mode de vie.

Étant donné que le taux de diabète chez les Inuits n'est pas aussi élevé que chez les membres des Premières nations, il est opportun de créer des programmes de sensibilisation et de prévention du diabète. Les Inuits ont indiqué qu'ils accordent la priorité à la promotion de la santé et à la prévention du diabète.

1. Les Innus sont compris dans cette définition.

4 Objectifs du programme

Le programme de l'IDA à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivités inuites commencera à faire face au taux élevé de diabète et de ses complications, et offrira aux collectivités des Premières nations et des Inuits la possibilité de mettre en place des projets de lutte contre le diabète.

Voici les objectifs du programme :

4.1 Sensibiliser les gens à l'égard du diabète, de ses facteurs de risque et de la valeur d'habitudes de vie saines;

4.2 Appuyer l'élaboration d'une approche adaptée à la culture à l'égard des soins et des traitements, des programmes de promotion de la santé et de la prévention du diabète et des programmes de soutien pour un bon mode de vie;

4.3 Accroître la capacité, les liens et l'infrastructure pour toutes les composantes de l'IDA au sein des collectivités des Premières nations et des Inuits;

4.4 Promouvoir la prise en charge de soi;

4.5 Coordonner le programme avec d'autres programmes communautaires, particulièrement le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

5 Éléments du programme

Le programme à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivités inuites comporte trois éléments essentiels :

- Soins et traitements;
- Prévention et promotion;
- Soutien pour un bon mode de vie.

Ces éléments sont fondés sur des principes et des approches :

- communautaires pour créer et renforcer la capacité au sein de la collectivité;
- qui favorisent la prise en charge de soi comme principal but du traitement du diabète;
- adaptés à la culture;
- qui respectent la sagesse, la connaissance, les méthodes de guérison et les approches traditionnelles;
- systématiques en matière de méthodes de lutte contre le diabète.

Les services **de soins et de traitement** répondront aux besoins des membres des Premières nations et des Inuits déjà atteints de diabète en leur fournissant des services directs pour les aider à surveiller leur état, à dépister et prévenir des complications futures et à sensibiliser les clients au diabète pour les aider à se prendre en charge. Il faudrait examiner des moyens créatifs d'abolir les obstacles aux services. On établira des liens avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits pour assurer les services de soins les plus complets.

Les activités de **Promotion de la santé et de prévention** devraient s'adresser à toute la population pour sensibiliser davantage les gens à l'égard du diabète et de ses complications; les sensibiliser aux avantages d'une bonne nutrition et d'une vie active; et intégrer des méthodes et pratiques traditionnelles dans les approches occidentales. Les activités de promotion de la santé et de prévention du diabète qui se concentrent sur la nécessité de sensibiliser les jeunes permettront de réduire les risques d'apparition du diabète dans les générations futures.

Les **Services de soutien pour un bon mode de vie** devraient aider les diabétiques, leur famille et les fournisseurs de soins à faire face aux conséquences d'une maladie chronique qui peut être débilitante et mortelle. Les services de soutien pour un bon mode de vie peuvent accroître la capacité de la collectivité à adopter des approches holistiques à l'égard des réalités de la vie des diabétiques. Les activités peuvent comprendre des groupes de soutien par les pairs, des cercles d'entraide, des services d'accueil pour les diabétiques et les membres de leur famille ainsi que des programmes pour les jeunes. Ces activités peuvent fournir la possibilité de partager leurs sentiments et de discuter de problèmes et de solutions.

La répartition des trois éléments du projet dépendra des besoins relevés dans chaque région. Les trois éléments seront toutefois abordés, qu'il s'agisse de projets distincts ou d'une partie d'un projet global.
Voici des exemples de projets ou d'activités qui peuvent être établis :

- sensibiliser davantage les gens au diabète, qui pose des risques graves pour la santé;
- sensibiliser davantage les gens aux symptômes du diabète et de ses complications;
- sensibiliser davantage les gens à l'importance d'habitudes de vie saines (bonne nutrition, maintien d'un poids santé, activité physique, etc.);
- réduire les complications du diabète;
- inclure la famille et la collectivité dans le programme.

6 Modèle d'exécution du programme

À la suite des séances de partage de l'information, de consultation et de planification des discussions avec les Premières nations et les Inuits dans les régions, on a choisi comme modèle d'exécution du programme pour la présente composante de l'IDA des investissements stratégiques ciblés.

Dans le contexte de l'IDA, les investissements stratégiques ciblés se rapportent à des « plans d'action » régionaux et notamment à diverses activités qui soutiennent les priorités relevées dans chacune des régions.

Cette approche a été choisie en fonction de la rétroaction obtenue des Premières nations et des Inuits dans le cadre de discussions régionales qui ont reconnu que le financement de l'IDA est insuffisant pour appuyer la programmation universelle pour toutes les collectivités. Donc, les régions collaboreront avec les Premières nations et les Inuits pour s'assurer que les projets et les activités sont partagés entre les collectivités autant que possible et que chaque collectivité a accès à au moins une des trois composantes du programme dans les réserves et dans les collectivités inuites de l'IDA.

Pour promouvoir l'innovation, répondre aux besoins régionaux et assurer la souplesse du programme, chaque région déterminera, en collaboration avec ses partenaires des Premières nations et des Inuits, l'approche la plus appropriée au programme. Il peut s'agir d'investissements ciblés (comme le partage des travailleurs spécialisés dans le diabète parmi plusieurs collectivités, ou un projet conjoint avec la province pour mettre sur pied un centre d'excellence dans le domaine du diabète) ou de propositions sollicitées fondées sur les priorités définies à l'échelle régionale.

On incite les collectivités à trouver des moyens de partager les ressources, d'élaborer le programme le plus rentable possible et de tirer profit des liens établis avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits en vue d'activités de soins et de traitement.

Dans tous les cas, les projets doivent être adaptés à la culture, de nature holistique, et conçus et offerts par les Premières nations ou les Inuits, ou en collaboration avec eux. Le programme visera les besoins particuliers, en matière de santé et de services sociaux, des membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans leurs collectivités, et tiendra compte des pratiques et méthodes traditionnelles autant que possible.

Les programmes de soins et de traitement seront offerts par des travailleurs de la santé spécialisés dans le domaine du diabète, et s'harmoniseront dans la mesure du possible avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. On encourage la création de liens et de partenariats en ce qui a trait à la programmation (c.-à-d., le partage des travailleurs spécialisés dans le domaine du diabète) pour utiliser les ressources le plus efficacement possible. Les programmes doivent être fondés sur les besoins indiqués par la collectivité ou en collaboration avec d'autres collectivités, conseils tribaux ou régions inuites.

Les programmes de promotion de la santé et de prévention du diabète peuvent être offerts sous diverses formes, selon les besoins des collectivités. Les programmes qui se concentrent sur l'éducation et la prévention primaire à l'intention des jeunes au sein de la collectivité peuvent être prioritaires, un thème qui ressort souvent au cours du processus de consultation.

Dès le début du programme, il est essentiel de cerner les enjeux liés à la viabilité et au renforcement des capacités. On doit instaurer des cadres d'évaluation rigoureux pour tous les projets afin de pouvoir justifier l'emploi des fonds attribués au programme.

Les programmes relatifs au diabète peuvent comprendre des activités ou des projets distincts concernant les soins et les traitements, la promotion de la santé et la prévention du diabète, ou le soutien pour un bon mode de vie, ou être intégrés, selon les besoins de la collectivité. Par exemple, un conseiller du programme d'éducation sur le diabète peut généralement fournir de l'information sur la promotion de la santé et la prévention du diabète ainsi que des soins et des traitements, et souvent venir en aide à la famille également. Voici des exemples de programmes relatifs au diabète qui pourraient être offerts dans le cadre de l'initiative :

- des programmes offerts par des travailleurs spécialisés dans le domaine du diabète ou des conseillers du programme d'éducation sur le diabète formés/autorisés à l'échelle de la collectivité, du conseil tribal ou de la région;

- la participation de centres d'excellence à des programmes provinciaux pour offrir une gamme complète de services de soins aux diabétiques;
- les programmes d'éducation à l'école;
- des programmes de counseling en nutrition;
- des programmes de sensibilisation sur le diabète;
- l'élaboration de programmes de promotion de la santé et de la vie active;
- des programmes de dépistage;
- des cliniques de soins pour les diabétiques;
- des services de soutien pour les diabétiques.

7 Financement du programme

Le financement du programme offrant aux membres des Premières nations dans les réserves et aux Inuits dans les collectivités inuites des services de soins et de traitement, de formation de la santé et de prévention du diabète, et de soutien pour un bon mode de vie, sera versé par l'entremise d'accords conclus avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits décrits dans : l'Initiative nationale spéciale de durée limitée pour les Indiens et Inuit.

Vu le montant du financement auquel l'IDA a accès pendant les cinq années de la stratégie et la répartition par année (2 millions de dollars, 11 millions de dollars, 15 millions de dollars, 15 millions de dollars, 15 millions de dollars), il est évident que le programme ne permet pas à chaque Première nation ou collectivité inuite dans une région de recevoir un montant de financement de base.

7.1 Formule de financement

D'après les commentaires obtenus dans le cadre de consultations et de séances régionales de planification de la mise en œuvre, voici les facteurs dont tient compte la formule de financement pour répartir les ressources parmi les régions :

- la population des Premières nations dans les réserves et des Inuits;
- l'éloignement des collectivités; et
- la capacité de la collectivité/région d'offrir les services.

Pour établir le financement, on a également tenu compte du nombre de diabétiques dans une collectivité/région, mais en raison du manque de données exactes à l'heure actuelle, il est impossible de prendre en compte cet élément pendant les premières années des programmes de l'IDA.

Même si la majeure partie du financement sera versée pour les programmes à l'échelle régionale, une petite partie du financement sera conservée à l'échelle nationale pour des projets comme un centre national de ressources pour les Autochtones atteints du diabète.

7.2 Éléments qui ne seront pas financés

L'IDA ne financera :

- aucune immobilisation ou construction importante;
- aucun projet de recherche;
- aucun service qui relève de la province/du territoire, comme dialyse;
- que les activités opérationnelles qui sont directement liées au projet de l'IDA;
- aucun service offert par l'entremise du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

8 Critères et mise en œuvre du programme

8.1 Critères du programme

Étant donné que les ressources du programme de l'IDA sont limitées, chaque collectivité au sein d'une région ne pourra offrir une gamme complète de services de soins et de traitements, de promotion et de prévention, et de soutien pour un bon mode de vie.

Les collectivités auront intérêt à se regrouper pour tirer le meilleur parti possible du programme, de même que les administrations régionales et les conseils tribaux.

Chaque activité du programme doit présenter un plan dans le cadre d'un processus d'examen régional établi à des fins d'approbation. Le plan doit respecter les critères suivants :

8.1.1 indiquer les services relatifs au diabète qui seront offerts dans le cadre du programme, la population cible et les activités liées aux buts et objectifs de l'IDA;

8.1.2 indiquer la façon dont le programme sera établi, y compris tout service de soutien que la région devra offrir;

8.1.3 indiquer la façon dont le programme aidera à créer des capacités au sein de la collectivité;

8.1.4 indiquer les programmes de soins à domicile ou pour un diabétique au sein de la collectivité et la façon dont le programme proposé sera lié à ces programmes existants;

8.1.5 indiquer tous les liens relatifs à l'IDA entre les collectivités, les conseils tribaux, d'autres régions inuites, les organismes provinciaux/territoriaux, les organismes non gouvernementaux et les provinces/territoires;

8.1.6 indiquer toutes les activités et coûts connexes, liés aux programmes;

8.1.7 décrire la façon dont la collectivité participe à la conception, à la planification, au fonctionnement et à l'évaluation du programme;

8.1.8 indiquer la façon dont les informations sur les activités du programme seront communiquées aux collectivités;

8.1.9 indiquer les activités de perfectionnement des ressources humaines et de formation continue;

8.1.10 indiquer la façon dont le programme sera évalué et fera l'objet d'un rapport, conformément au cadre d'évaluation de l'IDA (automne 2000).

Chaque région de la DGSPNI déterminera, en collaboration avec les Premières nations et les Inuits, l'approche exacte à adopter pour avoir accès au financement. Cependant, dans le cas de la composante pour les membres des Premières nations et des Inuits de l'IDA, le financement se limitera :

- aux autorités de la santé des Premières nations dans les réserves ou des collectivités inuites ou aux conseils de bande, aux conseils tribaux, aux organismes provinciaux/territoriaux ou encore aux associations des Premières nations ou des Inuits;
- à d'autres organismes des Premières nations ou des Inuits jugés admissibles aux termes des modalités des accords mentionnés ci-dessus (*voir la section 7*);
- aux gouvernements des territoires, pourvu que le financement soit destiné aux Premières nations et aux Inuits et que les Premières nations et les Inuits participent et soutiennent l'élaboration de programmes en matière de diabète dans leurs collectivités et créent des partenariats à cet égard;
- à d'autres organismes pourvu qu'ils reçoivent l'appui des Premières nations ou des Inuits pour offrir les programmes de l'IDA dans les réserves.

8.2 Mise en œuvre du programme

Le programme de l'IDA à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et des Inuits dans les collectivités inuites comprendra des projets conçus par les collectivités ou des organismes pour le compte des collectivités. Chaque organisme des Premières nations ou des Inuits souhaitant élaborer et mettre en œuvre un programme en matière de diabète devra présenter un plan qui:

- décrira la façon dont l'organisme offrira la totalité ou une partie des éléments essentiels de l'IDA (*voir la section 5*);
- expliquera la façon dont les critères des programmes (*voir la section 8.1*) seront respectés.

Tous les plans seront examinés au moyen d'un processus coopératif de révision régional (certaines régions peuvent déjà avoir établi des mécanismes à cette fin, d'autres devront en établir), de façon à s'assurer que les plans du programme sont complets, répondent aux critères d'admissibilité et respectent les critères du programme décrits à la section 4. Ce processus d'examen régional s'assurera également que les ressources d'IDA seront distribuées équitablement et que toutes les collectivités auront accès à certaines activités de l'IDA.

Une fois l'examen régional terminé, le directeur régional approuvera le plan ou exigera des modifications préalables.

Les régions devront montrer la façon dont elles travaillent avec les Premières nations et les Inuits, et leur mécanisme de collaboration (c.-à-d., les groupes existants ou nouveaux établis aux fins du programme). Elles doivent présenter un plan à l'Administration centrale de la DGSPNI en indiquant clairement comment elles entendent mettre en œuvre le programme.

9 Surveillance et évaluation du programme

Le cadre de responsabilisation de la Stratégie canadienne sur le diabète servira de base au cadre d'évaluation des programmes de l'IDA. Le ministre de la Santé préparera et présentera des rapports provisoires au Cabinet en 2003. L'évaluation officielle aura lieu au cours de la cinquième année de l'IDA (2004), ce qui permettra au Ministère de présenter au Cabinet un rapport sur les réussites, les lacunes et les besoins futurs.

Comme exigence de financement, tout programme ou projet doit comprendre une composante d'évaluation et clairement décrire:

9.1 les principes et objectifs de l'évaluation à l'égard des buts, des objectifs et des principaux résultats du programme;

9.2 les rôles et responsabilités à l'égard de l'évaluation du programme au niveau de la collectivité, du programme ou à l'échelle régionale et nationale;

9.3 la méthode d'évaluation qui sera utilisée;

9.4 les questions et les indicateurs détaillés qui seront utilisés par une évaluation locale et régionale annuelle et dans l'évaluation finale de l'IDA;

9.5 les mécanismes de rapport et d'approbation à l'égard des rapports d'évaluation.

Une fois le programme terminé (2004), on présentera au Conseil du Trésor un rapport détaillé indiquant dans quelle mesure le programme a atteint ses objectifs, ainsi que la façon dont les fonds attribués ont été utilisés.